

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1933

N° 341

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1933

PAR

André BANCHET

Né le 18 Mars 1907, à St-Meën-le-Grand (Ille-et-Vilaine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PHLÉBITES GOUTTEUSES ET RHUMATISMALES

Président : M. le Professeur BEZANÇON

PARIS

LES PRESSES MODERNES

IMPRIMERIE

45, RUE DE MAUBEUGE

1933

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1933

N^o

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1933

PAR

André BANCHET

Né le 18 Mars 1907, à St-Meën-le-Grand (Ille-et-Vilaine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PHLÉBITES GOUTTEUSES ET RHUMATISMALES

Président : M. le Professeur BEZANÇON

PARIS

LES PRESSES MODERNES

IMPRIMERIE

45, RUE DE MAUBEUGE

1933



Le Doyen. M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales ..	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale ...	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée..	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	N...
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale ...	SERGENT.
Clinique propédeutique	Léon BERNARD.
Clinique de la Tuberculose	

Clinique chirurgicale orthopédique de
l'adulte

MM.
MATHIEU.
HOVELACQUE.
MAUCLAIRE.
MULON.
VERNE.

Professeur sans chaire }

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD (Henri).
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ÉCALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES.
Histologie	GIROUD.
Oto-rhino-laryntologie	HALPHEN.
Pathologie médicale	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE (Guy).
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie expérimentale et comparée...	TROISIER.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERRER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DEBRE.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.
	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrège.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui leur seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère

A mon Père

En faible hommage de ma reconnaissance.

A ma Sœur

A mon Beau-Frère

A ma Nièce

A mes Oncles et Tantes BANCHET et CREPEL

A ma Tante et mon Oncle HARDY, Juge d'Instruction

A mes Cousins Madame Monsieur JEAN GETTEN

Entrepreneur Maritime

Chevalier de la Légion d'Honneur

A mes Amis

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur BEZANÇON
Professeur de Clinique médicale à la Faculté
de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital St-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Témoignage de mon profond respect et
de ma grande reconnaissance pour
l'honneur qu'il m'a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.

Au Docteur DESHAYES
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin à l'Hôtel-Dieu d'Orléans

A qui je dois les observations inédites
de cette thèse.

En reconnaissance de sa bonté à mon
égard, avec mes plus vifs remercie-
ments et l'expression de ma sincère
gratitude.

AVANT-PROPOS

Il y a peu de questions aussi instructives au point de vue de la pathologie générale que celle des phlébites. L'évolution de cette question nous montre tout le progrès extraordinaire que les notions pastoriennes pouvaient faire accomplir à la médecine et elle montre aussi les limites de ce progrès, limites qu'on commence à entrevoir nettement aujourd'hui.

Nous verrons au moment où nous esquisserons l'histoire des phlébites goutteuses les diverses phases par lesquelles leur conception a passé. Nous nous contentons de signaler ici l'intérêt de la question au point de vue général. Au début du XX^e siècle on a cru pouvoir tout expliquer par l'*infection*. Vaquez a appliqué la notion d'étiologie infectieuse sur les phlébites avec un particulier bonheur. Mais cet auteur a formulé dès ce moment des réserves prudentes sur l'origine infectieuse de toutes les phlébites. D'autres que lui ont voulu aller plus loin et admirent l'infection même là où elle ne pouvait manifestement pas être incriminée.

Un certain nombre de faits récemment mis en évidence

donnent raison à la prudence de Vaquez. Il existe très certainement des phlébites qui ne sont pas dues à l'intervention d'un microbe, mais soit à une irritation chimique de la paroi vasculaire, soit à des modifications sanguines.

Nous allons examiner au cours de ce travail, après une esquisse *historique* (I), la *place nosologique* des phlébites goutteuses et rhumatismales (II). Dans les chapitres suivants, nous envisagerons au point de vue clinique d'abord les phlébites goutteuses (III), puis les phlébites rhumatismales (IV).

Nous donnons ensuite (V) quatre observations inédites dues à l'obligeance de Monsieur le Docteur Deshayes (d'Orléans), concernant des phlébites goutteuses.

En dernier lieu, nous envisagerons la pathogénie et l'anatomie pathologique de ces phlébites (VI) pour terminer par la mise au point de la conduite à tenir au point de vue thérapeutique (VII).

Même en dehors de la question doctrinale, nous pensons que ces phlébites sont suffisamment intéressantes et importantes à connaître dans la pratique médicale pour justifier une mise au point moderne.

I

HISTORIQUE

Il est assez difficile à préciser le moment où l'on a commencé à connaître les phlébites. Pendant très longtemps, elles ont été confondues avec les affections disparates qui formaient la masse des hydropisies, des phlegmasies, des arthrites, des rhumatismes, etc... Depuis le début du siècle dernier on connaît les fameuses discussions de Cruveilhier d'une part et de Virchow d'autre part sur le mécanisme de production des phlébites. Cruveilhier pensait que c'est l'inflammation veineuse qui était le phénomène primitif et la thrombose n'en était que la conséquence ; Virchow, par contre, était partisan de la thrombose primitive. On sait que par la suite c'est la théorie de Cruveilhier qui triompha et fut développée par Widal et par Vaquez.

En ce qui concerne les phlébites goutteuses et rhumatismales, leur histoire commence à se préciser vers la même époque. La première observation de phlébite rhumatismale a été publiée par Peacock, en 1834. Six ans plus tard, en 1840, Bouillaud publie également dans son traité classique du rhumatisme deux observations de phlébite soi-

disant rhumatismale mais elles ne résistent pas à la critique actuelle. On sait que la notion de rhumatisme articulaire aiguë n'était pas encore nettement différenciée à ce moment-là et on voit Bouillaud étiqueter de phlébites rhumatismales des phlébites qui ont abouti à la suppuration. Nous pouvons affirmer aujourd'hui que ces observations n'ont pas pour sujet de véritables phlébites rhumatismales.

En 1848, Renouard publie un article d'ensemble sur la phlébite rhumatismale et goutteuse. C'est cet auteur qui fait mention pour la première fois de phlébite goutteuse. Cependant, cette maladie n'a été bien décrite qu'en 1863, par Paget qui l'a étudié très complètement au point de vue clinique et en a fixé les principaux caractères.

La phlébite rhumatismale a été étudiée ensuite par plusieurs auteurs. Empis en a traité dans ses leçons cliniques et a inspiré la thèse de Lelong en 1869. Lancereaux étudie ensuite au point de vue anatomo-pathologique aussi bien la phlébite goutteuse que la phlébite rhumatismale, en 1871.

En 1874, paraît une étude très complète de la phlébite goutteuse par Tuckwell. A partir de 1880, les travaux sont nombreux sur ce sujet : la thèse de Viccagi, inspirée par Raymond, les observations de phlébite rhumatismale de Blachez, de Lannois et surtout la thèse de Schmitt, datée de 1884 qui individualise nettement les phlébites rhumatismales et fait une étude critique très serrée des anciennes observations.

La phlébite goutteuse, elle aussi, fait l'objet de nombreux travaux ; nous retiendrons surtout ceux de Para, les leçons cliniques de Vaquez (1894) et la thèse de Ducastel qui résume l'état de la question en 1904. Nous avons encore une bonne étude d'Ingerhans en 1908, puis les travaux s'espacent et nous ne trouvons plus mention de ces phlébites que dans les traités classiques. Nous envisagerons les quelques travaux modernes par la suite.



Bien qu'il y ait eu un certain nombre de travaux consacrés à la question qui nous occupe depuis presque exactement cent ans, nous ne sommes guère plus avancés dans sa connaissance. On discute encore toujours sur leur autonomie ou de la superposition d'une phlébite banale à la goutte ou au rhumatisme ; on se demande s'il s'agit d'un processus infectieux ou toxique ; si l'altération primitive est celle du sang ou celle de la paroi vasculaire. Nous envisagerons tous ces problèmes en détail, mais il faut bien savoir que nos connaissances ne sont guère avancées à ce sujet.

Il est évident que ces points ne seront élucidés que lorsque nous saurons un peu plus de choses sur les maladies causales elles-mêmes. L'étude de la pathogénie de la goutte n'a guère fait de progrès depuis de nombreuses années. Nous sommes peut-être un peu plus avancés en ce qui concerne le groupe si disparate des rhumatismes, quoi-

que nos connaissances ne se sont accrues que sur le terrain clinique.

En attendant les progrès accomplis dans le domaine pathogénique, nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses et échafauder des théories qui sont destinées probablement à s'écrouler devant les faits nouveaux que l'on nous montrera peut-être demain.

II

PLACE NOSOLOGIQUE DES PHLÉBITES GOUTTEUSES ET RHUMATISMALES

Discuter la place qu'occupent les phlébites goutteuses et rhumatismales dans le cadre nosologique comprend la discussion de deux grands problèmes : celui des rhumatismes et celui de la pathogénie des phlébites. Aussi, envisagerons-nous chacun de ces points séparément. Non pas que nous voulions résoudre dans ce modeste travail ces deux graves problèmes, mais nous essaierons d'en faire une mise au point aussi claire que possible, en se plaçant du point de vue qui nous occupe.

★★

« Rhumatisme articulaire aigu, — rhumatisme chronique, — goutte, représentent-ils trois variétés d'une même maladie infectieuse dont le virus s'adapterait à des terrains divers ? — représentent-ils plutôt trois affections distinctes, dont la première a tous les caractères d'une maladie microbienne qui nous cache encore sa cause ; — dont la troisième, pour beaucoup d'observateurs, semble répondre à une surcharge de l'organisme en déchets toxi-

ques de l'alimentation, tandis que pour les autres, elle subit l'influence de migrations bactériennes parties de l'intestin ; — dont la deuxième, enfin, tantôt se comporte comme une forme dimidiée de la première, tantôt se rapproche de la troisième ? » Voilà le gros problème du rhumatisme tel qu'il est exposé récemment par Hügel et Delater, précisément en vue d'une étude des localisations veineuses.

Conformément à la façon dont la majorité des médecins actuels envisagent le problème, nous distinguerons nettement les trois maladies. Le rhumatisme articulaire aigu ou maladie de Bouillaud semble bien être une maladie infectieuse dont nous ne connaissons pas le germe, mais qui a tous les caractères d'une maladie microbienne chronique évoluant par poussées aiguës (Bezançon).

Rien ne prouve actuellement qu'il y ait des liens entre le rhumatisme articulaire aigu et les affections extrêmement hétérogènes groupés sous le nom de rhumatismes chroniques. Bien au contraire, la tendance actuelle est de considérer la maladie de Bouillaud comme une affection essentiellement cardiaque qui ne touche les articulations qu'à titre tout à fait accessoire, alors que les rhumatismes chroniques appartiennent presque complètement à la pathologie articulaire.

Dans le rhumatisme chronique on tend à distinguer aujourd'hui des localisations à allure infectieuse ou *arthrites* et des localisations ne semblant pas relever d'une inter-

vention microbienne ou *arthroses* (Coste et Forestier). Nous verrons dans un instant l'application de ces notions sur les localisations veineuses.

La goutte qui pourrait à la rigueur entrer dans le groupe des rhumatismes chroniques conserve cependant une physionomie très spéciale qui lui assure encore pendant longtemps une autonomie nosologique.

Au point de vue des localisations veineuses, il nous faut donc conserver la distinction de ces trois groupes et il nous faut décrire séparément les

- a) phlébites du rhumatisme articulaire aigu ;
- b) les phlébites du rhumatisme chronique, et
- c) les phlébites de la goutte.

★ ★

Le deuxième point de vue pour envisager la nosologie des phlébites qui nous occupent est celui de la pathogénie des phlébites. Il n'est pas contestable actuellement que la très grande majorité des phlébites reconnaît une origine infectieuse, mais il est non moins sûr que d'autres causes que les infections peuvent déterminer des phlébites. Ces causes peuvent être de deux ordres : l'inflammation aseptique, toxique de la paroi veineuse et les modifications de la composition du sang.

Il est tout à fait vraisemblable que les phlébites du rhumatisme et de la goutte peuvent être réalisées par plu-

sieurs mécanismes, au moins les deux premiers cités plus haut : l'infection et l'irritation toxique de la paroi.

Les phlébites du rhumatisme articulaire aigu, considéré comme maladie infectieuse spécifique, sont très certainement des phlébites microbiennes. Le virus rhumatismal s'attaque à la veine comme il s'attaque au cœur ou aux séreuses. Les caractères cliniques et anatomo-pathologiques de cette phlébite sont bien en faveur de son origine infectieuse.

Les phlébites du rhumatisme chronique et de la goutte sont déjà plus difficiles à placer. Pour ce qui concerne la goutte, la spécificité de la phlébite n'est guère discutable. C'est l'avis de Paget qui l'a décrite, celui de Ducastel et de la plupart des auteurs. Nous développerons plus loin les arguments en faveur de cette manière de voir. Au cours du rhumatisme chronique, groupement nosologique disparate et comprenant des maladies extrêmement variées, on peut supposer l'existence de deux variétés d'affections veineuses : les *phlébites* infectieuses et les *phléboses* toxiques ou diathésiques. Cette distinction de Hügel et Delater, calquée sur la classification des rhumatismes chroniques par Coste et Forestier, nous paraît tout à fait séduisante.

Les phlébites proprement dites peuvent, dans certains rhumatismes chroniques, dans les *arthrites*, relever de la même cause microbienne que l'affection articulaire elle-même. Elles peuvent également être dues à une infection secondaire, pouvant survenir alors dans n'importe quel

rhumatisme, même dans la goutte.

Les phléboses, par contre, seraient l'apanage presque exclusif des rhumatismes non infectieuses ou *arthroses* et elles engloberaient également les localisations veineuses de la goutte.

★★

Un troisième problème assez important est celui de la localisation exacte de ces phlébites. Se bornent-elles à l'endoveine ou commencent-elles au contraire à la tunique externe ou encore envahissent-elles toute la paroi veineuse ?

La phlébite du rhumatisme articulaire aigu semble bien être une *périphlébite* presque pure. Le rhumatisme chronique peut réaliser toutes les localisations, alors que dans la goutte il y a dans la règle une atteinte de l'endoveine, l'ensemble réalisant presque toujours une *panphlébite*.

III

ASPECTS CLINIQUES DE LA PHLÉBITE GOUTTEUSE

L'aspect clinique des localisations veineuses de la goutte a été fixé d'emblée, dès la première description de précisés par Lancereaux, par Vaquez, par Ducastel, etc... Paget. Les caractères cliniques en ont été par la suite Nous allons étudier successivement les conditions de sa survenue, ses symptômes, ses différentes formes et son évolution.

★ ★

On ne possède pas de notions précises sur la fréquence de ces phlébites par rapport au nombre des gouttes. On sait que, dans notre pays au moins, la goutte est très rarement observée dans la clientèle d'hôpital. C'est surtout dans sa clientèle de ville que le médecin en voit et ces cas se prêtent beaucoup moins à l'observation méthodique et à l'établissement des statistiques. Son maximum de fréquence, d'après Ingebrans, est entre 45 et 65 ans. Elle frapperait beaucoup plus souvent les hommes que les femmes. Notons cependant que parmi les quatre observations que nous relatons, trois concernent des femmes.

Les varices, souvent observées chez les gouteux, constitueraient une cause prédisposante pour Ducastel. Bien souvent cependant on les voit survenir chez des individus où tout point d'appel veineux fait défaut. Parfois, comme dans une de nos observations, on a pu retrouver un petit traumatisme comme cause occasionnelle de la phlébite.

A quel moment de l'évolution de la goutte surviennent les phlébites ? On peut distinguer à ce point de vue-là trois cas :

a) La phlébite survient au moment d'un accès gouteux franc.

b) La phlébite survient en dehors d'un accès, mais chez un individu qui a eu et qui aura encore des accès typiques. Elle est alors provoquée par les causes occasionnelles habituelles de l'accès de goutte : écart de régime, fatigue, traumatisme, etc... Bien souvent, comme le dit Vaquez, la phlébite libère les articulations habituellement atteintes et constitue en quelque sorte une métastase.

c) La phlébite survient chez un sujet qui n'a présenté jusqu'alors aucune manifestation gouteuse. On comprend dans ces cas-là combien le diagnostic peut être difficile et même impossible. Paget pensait que la phlébite pouvait constituer chez certains malades gouteux héréditaires la seule manifestation. Cette opinion est très discutée par Ducastel qui pense qu'en l'absence de manifestations gouteuses typiques on ne peut jamais affirmer qu'il s'agit d'une phlébite gouteuse.

Il y a cependant des cas, comme celui d'une de nos observations, où une goutte authentique s'est déclanchée ultérieurement chez un malade ayant eu une phlébite. Vaquez cite des cas semblables.

★★

Les caractères symptomatologiques classiques de la phlébite goutteuse sont les suivants :

- 1° atteinte symétrique des extrémités, sinon simultanément, tout au moins successivement ;
- 2° tendance à la métastase et à la récidue ;
- 3° absence totale de suppuration ;
- 4° localisation aux veines superficielles ;
- 5° coloration rouge de la peau ;
- 6° dureté et caractère douloureux du segment veineux atteint.

En réalité, ces caractères sont loin d'être aussi absolus que le pensait Paget, Lancereaux, Tuckwell, etc... L'atteinte successive des deux membres est fréquente, mais elle est loin d'être constante. Le caractère classique qui se vérifie le plus souvent est la tendance à la récidue. Il n'existe pour ainsi dire pas de phlébite goutteuse qui se borne à une seule poussée. On peut assurer le malade qu'après avoir eu une première atteinte veineuse, il en aura d'autres. Le moindre petit traumatisme suffira chez un tel malade pour déclancher une nouvelle poussée phlébitique (Vaquez). Il faut souligner également le déplacement facile de la

localisation veineuse, tantôt le long de la même veine, tantôt à d'autres territoires. La localisation de loin la plus fréquente est aux membres inférieurs, mais on a signalé des cas de phlébite de la jugulaire (Wolfner), de la sous-clavière et aux veines du membre supérieur, comme dans l'une de nos observations.

L'absence de suppuration est un caractère absolu, mais de peu de valeur, étant donné la rareté relative des phlébites purulentes.

La localisation aux veines superficielles est un caractère fréquent, mais Vaquez a montré que la phlébite goutteuse pouvait parfaitement bien réaliser une forme de phlegmatia alba dolens, avec atteinte des veines profondes, œdème, douleur, etc... Il faut cependant savoir que l'aspect le plus fréquent est la phlébite d'un segment veineux superficiel avec cordon veineux induré visible et très peu d'œdème.

La coloration rouge de la peau est un caractère très typique lorsqu'il existe, mais elle est loin d'être constante.

L'induration du cordon veineux est constante lorsque la phlébite est superficielle. Vaquez insiste beaucoup sur la douleur très vive qui accompagne des phlébites goutteuses et qui pour lui est un caractère spécifiquement goutteux, surtout lorsqu'elle présente une exacerbation nocturne. Elle est très marquée même dans les cas où la phlébite est profonde à type Phlegmatia.

En dehors des phlébites superficielles, de beaucoup les

plus fréquentes, et les phlegmatias goutteuses, on a décrit des types ambulatoires, des périphlébites pures à type de périphlébite variqueuse et enfin des cas ayant l'aspect d'une septicémie veineuse subaiguë. Il semble que ces deux dernières formes ne sont plus des phlébites goutteuses, mais des phlébites infectieuses survenant chez des goutteux.

★★

L'évolution typique de la phlébite goutteuse est le début brusque, l'existence de poussées fugaces et la terminaison assez rapide (Mouriquand et Blanc-Perduet). Il faut cependant savoir que de multiples modalités évolutives sont possibles. La phlébite goutteuse peut traîner pendant plusieurs semaines, localisée au même segment veineux, elle peut débiter assez progressivement et surtout, comme nos observations le montrent, elle peut rester latente et ne se révéler que par une *embolie*.

C'est, en effet, sur le caractère embolisant de la phlébite goutteuse que nous voudrions insister particulièrement. Dans deux de nos observations, les phénomènes emboliques pulmonaires occupent le premier plan. Il ne s'agit pas d'embolies graves, mais de petites oblitérations, ayant déterminé un infarctus avec hémoptysies et dans un cas avec épanchement pleural. On a longtemps discuté sur la fréquence des embolies dans la phlébite goutteuse. D'après Tuckwell, Viccagi, Ducastel, etc..., ces complications sont

relativement fréquentes et graves, ayant même pu déterminer la mort subite. D'après Vaquez, cette fréquence et cette gravité est exagérée. Il semble cependant que certains cas de « goutte remontée » puissent être attribués à des embolies au cours d'une phlébite méconnue (Halbron).

★
★★

En somme, la phlébite goutteuse est assez nettement caractérisée cliniquement par un certain nombre de particularités. Pour qu'on puisse absolument affirmer la nature goutteuse d'une phlébite, il faut s'assurer de l'*absence de fièvre*. C'est, en effet, un caractère important. Surtout si l'on sait que les goutteux peuvent présenter des phlébites infectieuses qui, elles, sont fébriles. La fièvre permet de distinguer d'une part les phlébites goutteuses, d'autre part les phlébites infectieuses chez les goutteux.

IV

ASPECTS CLINIQUES DES PHLÉBITES RHUMATISMALES

Si la phlébite goutteuse pouvait être décrite sous une forme relativement uniforme ou tout au moins caractéristique, il n'en est pas de même des phlébités rhumatismales qui sont cliniquement, aussi bien qu'au point de vue de leur signification, extrêmement disparates. Nous sommes obligés de décrire séparément :

- la phlébite du rhumatisme articulaire aigu ;
- la phlébite du rhumatisme chronique, et
- la phlébose du rhumatisme chronique.

Les phlébités survenant au cours du rhumatisme articulaire aigu sont assez bien connues et on sait leur rareté, aussi bien que leur nature infectieuse. Il semble s'agir de localisations veineuses de la maladie de Bouillaud, analogues aux localisations articulaires ou cardiaques.

Ce sont toujours des phlébités bénignes, des péri-phlébités localisées aux veines superficielles, avec induration et douleur. On n'a jamais signalé encore d'embolies au cours de ces phlébités.

On les voit survenir au cours d'une crise franche de

la maladie de Bouillaud et la douleur, l'induration veineuse font facilement faire le diagnostic. Ces phlébites sont sensibles au traitement salicylé comme les autres manifestations rhumatismales.

★★

Les phlébites du rhumatisme chronique peuvent revêtir des formes variées, mais un grand symptôme permet de les individualiser : la fièvre. Elle existe dès le début de la maladie, puis revient à la normale, en présentant un crochet au moment de chaque nouvelle poussée. Car il faut savoir que la forme de beaucoup la plus fréquente est la *septicémie veineuse subaiguë* de Vaquez.

Nous n'insisterons pas sur le tableau clinique de cette phlébite à allure lente et extrêmement difficile à traiter. Elle consiste en poussées d'infections veineuses successives, se signalant par la prise d'un nouveau segment veineux, le plus souvent superficiel et une remontée de la température. Hügel et Delater insistent sur la fréquente coexistence de troubles digestifs, montrant que l'infection secondaire déterminant la phlébite est d'origine intestinale.

Trois ordres de faits peuvent se voir au cours de l'évolution de ces phlébites : l'inflammation des tissus péri-veineux, l'embolie et la suppuration. L'atteinte des tissus environnants revêt des aspects de lymphangite, avec rougeur par traînées. L'embolie est relativement rare dans ces phlébites rhumatismales et elle n'est jamais massive. La suppuration peut se rencontrer, mais elle est toujours loca-

lisée et n'affecte pas un segment veineux important. Il y a des points isolés qui forment des petits abcès et jamais on ne voit la fonte purulente de toute une veine.

★★

Pour ce qui concerne les *phléboses*, ce sont des atteintes veineuses non infectieuses que l'on rencontre parfois au cours du rhumatisme chronique. Elles ne s'accompagnent pas d'ascension thermique et leur extension ne se fait pas par poussées. Une veine peut être atteinte, mais de proche en proche. Sa durée est beaucoup moindre que celle des phlébites qui durent parfois de longs mois. Les phléboses guérissent généralement en quinze jours à trois semaines, mais peuvent laisser des séquelles importantes. Pendant la période active, il y a une coloration rouge jambonnée de la peau autour de la veine atteinte ; cette coloration va persister sous forme d'une *pigmentation* ocre. D'autre part, il n'est pas rare de voir persister une *sclérose veineuse* sous forme de varices. A un degré de plus, des troubles de la nutrition de la jambe peuvent rester : œdème, épaississement de la peau, aspect éléphantiasique, etc.

Nous voyons que ce tableau clinique est très vague et il ne montre qu'un des aspects, sans doute le plus fréquent, de cette maladie. Nous pensons qu'en réalité, la distinction que nous venons d'établir, à la suite d'Hügel et Delater, entre phlébites et phléboses, est très schématique et il doit y avoir de nombreux cas intermédiaires.

OBSERVATION N° I

Mme S..., 58 ans, le 10 septembre a été prise de douleurs correspondant à une périarthrite scapulo-humérale gauche, consécutive, au dire de la malade, à des fatigues ménagères. Ces douleurs, extrêmement violentes, obligent la malade au repos et à l'immobilité complète. Aucun traitement n'arrive à calmer la douleur.

La malade a eu il y a dix ans une sciatique longue et douloureuse.

Quinze jours après le début, la malade va un peu mieux, mais elle commence à se plaindre d'une douleur du pied gauche. On y voit en effet un peu de gonflement, et l'on constate l'existence d'un petit cordon induré et filiforme au niveau de l'arcade veineuse dorsale du tarse.

Le 15 octobre la phlébite persiste encore malgré tous les traitements et ne va cesser spontanément qu'au bout de trois semaines.

OBSERVATION N° II

M. B..., âgé de 50 ans. A eu une légère poussée de goutte aux deux orteils, en avril 1929. Dans le courant de mai quelques douleurs tendineuses aux deux jambes.

Le malade a par ailleurs des antécédents goutteux nets et reconnus.

Le 25 mai, survenue de troubles de la circulation veineuse : fourmillements des jambes, douleurs du plexus sacré. Aucun trouble de la sensibilité objective. Tension artérielle : 9/15. En même temps il a eu quatre crachats sanglants.

Le 28 mai, on reconnaît une poussée phlébitique au mollet gauche. Celui-ci paraît induré et douloureux. En même temps légère douleur thoracique droite avec quelques crachats sanglants.

Le 29 mai, mensuration de la circonférence du mollet : 35 cm. à gauche, 34 à droite. La douleur thoracique est plus violente, pongitive ; toux ; crachats sanglants, pas de température. On fait des enveloppements chauds à la jambe et on administre de la dionine.

Le 30 mai, état stationnaire, on constate en outre l'existence d'un petit foie.

Le 1 juin, amélioration locale de la jambe. On met des sangsues.

Le 4 juin, la phlébite semble guérie, mais les signes thoraciques continuent à évoluer. Il existe des signes de condensation à la base droite avec lame de liquide au dessus du cul-de-sac droit.

Le 10 juin, l'état pulmonaire est le même. Poussée fluxionnaire avec rougeur et douleur sur le gros orteil droit.

Le 14 juin, l'épanchement pleural a disparu.

Le 23 juin, nouvelle douleur thoracique avec reprise des crachats hémoptoïques. Dyspnée.

Le 28 juin, l'examen radioscopique montre une légère obscurité de la base droite. La bactérioscopie des crachats est négative.

Le 29 juin, point de côté gauche.

Le 2 juillet, on constate quelques petits râles crépitants à la base gauche.

Le 5 juillet, se déclare une phlébite de la jambe droite. La mensuration montre la circonférence du mollet : 35 cm. à droite, 32 cm. à gauche.

Le 7 juillet, consultation avec le Dr Ramont qui prescrit un régime alimentaire sévère et des antiseptiques urinaires.

L'évolution se fait peu à peu vers la résolution complète et le 24 juillet on ne constate plus qu'un léger œdème des jambes.

Le foie mesure 9 cm. de haut.

Le 5 août on commence les massages et le malade se lève le 20 août.

Le 7 septembre, le malade est presque guéri, mais il survient une éruption purpurique des deux jambes.

Le 23 octobre, le malade est complètement guéri.

OBSERVATION N° III

Mme P..., âgée de 48 ans, présente brusquement une phlébite du bras gauche. Apparition d'une cyanose de la main et de l'avant-bras, sans induration des vaisseaux.

5° jour. La région épitrochléenne est un peu empâtée. La circonférence du bras est augmentée de 1 cm et 1/2 du côté droit ; celle de l'avant-bras est augmentée de 1 cm. Il existe un peu de circulation collatérale. L'interrogatoire ne permet de déceler aucune cause provocatrice. L'examen montre la jugulaire externe un peu plus grosse à gauche qu'à droite. Il y a 25 jours environ, il y a eu un gonflement du creux sus-claviculaire des deux côtés qui est encore perceptible.

Etant donné l'absence de toute cause, on fait le diagnostic de phlébite goutteuse ou diathésique.

Le 20° jour, le bras paraît un peu plus enflé.

Le 32° jour, le bras paraît moins enflé, mais il y a un gonflement à tendance ulcéralive du petit doigt.

Trois mois après le début, le bras gauche est encore un peu plus gros que le bras droit. L'état de la main est satisfaisant. La tension artérielle est de 6 1/2-11. On commence le massage.

On ne trouve guère d'antécédents goutteux chez cette malade. Elle semble avoir eu des rhumatsismes à l'auriculaire gauche, durant des semaines, avant sa phlébite. Elles sont survenues à la suite d'un traumatisme tout à fait insignifiant.

Depuis sa phlébite, elle présente des crises de colique hépatique, de la fatigabilité et du vertige labyrinthique.

OBSERVATION N° IV

Mme L..., 56 ans, se découvre en juillet 1932, une phlébite variqueuse du mollet droit. On constate l'induration de la saphène externe sur une longueur de 2 à 3 cm., avec douleurs. On applique des enveloppements chauds et on donne de l'aspirine. La température ne dépasse pas 37°6, 37°7.

Dans les antécédents, on constate une douleur de l'épaule, en 1926, ayant nécessité une saison à Salies.

A la fin de juillet 1932, la malade fut prise d'une oppression progressive qui peut être mise sur le compte d'une embolie quoiqu'on ne trouve pas de signes d'auscultation.

Quelques jours après survient une crise nocturne qui ne laisse pas de place au doute au point de vue du diagnostic d'embolie. La malade est installée dans un lit mécanique.

La malade se lève le 12 septembre ayant conservé une petite induration non douloureuse de la veine. Mais le 25 septembre on voit survenir une nouvelle poussée au niveau de la jambe gauche avec gonflement de la jambe. La poussée ne dure pas, mais elle se trouve remplacée par un accès de goutte avec gonflement du gros orteil droit.

Lorsque celui-ci est terminé, c'est une douleur de l'aîne droite qui apparaît.

Le 18 octobre elle va bien, mais le gonflement de la jambe droite a persisté et la malade ne se lèvera que plus tard.

VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Si, au point de vue clinique, nous avons déjà eu des difficultés pour bien individualiser certaines formes des phlébites qui nous occupent, ces difficultés sont encore augmentées lorsqu'il s'agit d'envisager leurs lésions et leur pathogénie. Même pour l'anatomie pathologique nous sommes réduits à des conjectures et nous ne pouvons émettre que des hypothèses. Nous allons rapidement envisager les principaux faits anatomo-pathologiques et nous tenterons d'en déduire quelques conceptions pathogéniques.

★★

Les observations anatomo-pathologiques sont extrêmement rares dans les phlébites rhumatismales et goutteuses. Il y a bien quelques cas de phlébite goutteuse dans la littérature qui se sont terminés par la mort, à la faveur d'une embolie massive, mais les autopsies sont exceptionnelles dans les milieux sociaux où la goutte est répandue. Nos connaissances sont tout-à-fait fragmentaires à ce sujet. Lancereaux a montré que les lésions veineuses pouvaient

montrer des processus exsudatifs ou résolutifs, avec souvent de la périphlébite. Dans l'ensemble il s'agit dans la goutte d'une panphlébite, ayant commencé dans la règle par l'endoveïne. Celle-ci, irritée, détermine une exsudation avec précipitation de fibrine, amenant la formation d'un thrombus. Puis le processus s'étend aux autres tuniques, en même temps qu'il revêt sur l'endoveïne un type résolutif, signalant la guérison. D'après Lancereaux, les lésions évoluent très vite et une fois guéries au niveau d'un segment gagnent un autre segment veineux et ainsi de suite.

Les lésions anatomo-pathologiques sont encore moins connues dans les phlébites rhumatismales. Les atteintes veineuses de la maladie de Bouillaud sont généralement des périphlébites, réalisant une inflammation de l'adventice des veines superficielles (Vaquez). Même dans les cas où l'on peut avoir l'impression d'une panphlébite, l'atteinte des tuniques internes a toujours été secondaire à celle de l'adventice.

Pour ce qui concerne le rhumatisme chronique, il est à peu près impossible de faire une description de ses lésions veineuses. Nous nous en tenons à la distinction des phléboses et des phlébites quoiqu'elle soit beaucoup trop schématique, comme nous l'avons déjà dit plus haut. Lancereaux distingue deux grandes formes dans ces atteintes veineuses : les périphlébites et les endophlébites avec thrombose.

En réalité, les choses semblent bien plus complexes. Dans les *phléboses*, il y a certainement des endophlébites analogues à celles qu'on voit dans la goutte. Il y a également des lésions de la tunique moyenne comme dans les varices, avec souvent atteinte simultanée de l'endoveine. C'est ce que Huchard avait appelé l'*athérome veineux*. Il est possible que cet athérome veineux soit la conséquence de poussées phlétiques méconnues. Pour ce qui concerne les *phlébites*, elles peuvent également revêtir les aspects d'une endophlébite avec thrombose comme dans les septiciémies veineuses subaiguës ou bien la forme de périphlébite, bien plus fréquente chez les rhumatisants chroniques, surtout développées sur d'anciennes varices.

On voit combien les notions actuelles sont fragmentaires et permettent peu d'éclaircir la question.

★ ★

En ce qui concerne la *pathogénie*, la base est encore moins solide. Dans l'ensemble, qu'il s'agisse de goutte ou de rhumatisme chronique, nous sommes en présence de deux manières de voir : origine infectieuse, origine aseptique. Ce n'est qu'au sujet des phlébites du rhumatisme articulaire aigu que l'accord est à peu près fait sur son origine infectieuse.

Il est incontestable qu'aussi bien dans la goutte que dans le rhumatisme chronique, il existe des phlébites infectieuses. Dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'une

infection secondaire que Hùgel et Delater pensent être d'origine intestinale : « parties de l'intestin en nombre relativement faible, les bactéries... sont parvenues dans le système artériel jusqu'aux tissus où elles ont été arrêtées, dans les petits vaisseaux adventitiels — ectasiques et caverneux — d'une veine variqueuse, où la stase favorise leur bactériopexie ; elles peuvent y développer une lésion inflammatoire ». Dans certains cas de rhumatisme chronique lui-même d'origine microbienne, c'est le même microbe qui peut être la cause de la phlébite que celui qui a été l'agent des lésions articulaires.

Si l'existence de l'origine infectieuse dans certains cas est indiscutable, il n'est pas moins certain que beaucoup de ces phlébites se développent en dehors de toute cause infectieuse. Il en est ainsi en particulier de la grande majorité des phlébites goutteuses. Von Schrötter, puis Ingebrans n'admettent pas la spécificité de la phlébite goutteuse. D'après ces auteurs, les atteintes veineuses au cours de la goutte reconnaîtraient toujours un microbe d'infection secondaire. Il semble cependant qu'actuellement tous les auteurs soient d'accord sur la nature spécifiquement goutteuse de ces phlébites. Widal et Bezançon tout en pensant qu'il s'agit d'un processus analogue à celui de l'infection microbienne reconnaissent qu'un agent toxique peut réaliser les mêmes conditions qu'un microbe. Ainsi, Oettinger pensa que la phlébite survenait par irritation de l'endoveine grâce à la présence de cristaux d'urate dans le

sang. Cette théorie purement mécanique n'est guère soutenable aujourd'hui, quoique nous ne sachions guère en mettre une autre à sa place. Nous sommes encore bien loin de connaître les conditions de la précipitation urique dans la goutte, ni celles de la formation des tophi. Il est vraisemblable que le sang du goutteux est chargé de principes toxiques qui déterminent une lésion au contact des parois veineuses par un processus analogue à celui de la formation des lésions articulaires.

Nous savons certainement encore moins de la pathogénie des phlébites non infectieuses du rhumatisme chronique. On peut peut-être supposer un processus semblable à celui de la goutte.

VII

TRAITEMENT

Nous serons très brefs sur la question du traitement ; il est évident que l'effort doit unir la lutte contre la maladie causale comme contre la phlébite une fois déclarée et contre ses complications possibles, avant tout les embolies. Il faudra pour cela envisager tout d'abord un traitement commun à toutes les phlébites, puis les thérapeutiques causales d'une façon séparée.

Au point de vue thérapeutique, il est nécessaire de distinguer d'une part des phlébites avec atteinte de l'endoveine et possibilité d'embolies et d'autre part les périphlébites pures où tout danger d'embolie est exclu.

Dans le premier cas, on sait que le segment de membre atteint de phlébite doit être immobilisé aussi strictement que possible. Nous n'insistons pas sur les divers moyens mis en œuvre. En dehors de l'immobilisation, on met en œuvre un traitement anticoagulant : le procédé le plus couramment employé est l'application de sangsues. La phlébite une fois immobilisée, celle-ci est maintenue jusque environ un mois après la dernière poussée fébrile.

Dans les périphlébites pures on fait l'application de

compresses chaudes, en somme, un traitement révulsif, sans immobilisation stricte, mais mise au repos du membre atteint.

★ ★

Dans le traitement de la phlébite goutteuse, on conseille d'adjoindre au traitement symptomatique une cure de colchique, d'atophan ou d'autre traitement médicamenteux de la goutte. On doit faire observer au malade un régime très stricte au point de vue de la goutte. Bien souvent on sera obligé de calmer les douleurs généralement vives de ces malades par des agents analgésiques allant de l'aspirine jusqu'à la morphine. Un traitement curieux est suggéré par Ducastel. Cet auteur, pensant qu'une localisation articulaire peut faire cesser l'atteinte veineuse, conseille de provoquer une métastase goutteuse au niveau du gros orteil, par un traitement révulsif : application de teinture d'iode, de compresses chaudes, etc...

La phlébite du rhumatisme articulaire aigu est extrêmement bénigne. On peut cependant mettre en œuvre un traitement salicylé qui se montre généralement actif à fortes doses.

Dans les phlébites non infectieuses du rhumatisme chronique (si tant est qu'elles existent) nous ne possédons aucun traitement particulier. L'on se contentera du traitement général des phlébites.

Lorsqu'il s'agit d'une phlébite infectieuse au cours

d'un rhumatisme chronique, on fera toujours des pansements humides, de la vaccinothérapie ou de la chimiothérapie antiinfectieuse associée à des antiseptiques urinaires ou intestinaux et à une cure de désintoxication générale.

Dans tous les cas, il sera prudent de faire faire des massages après la guérison de la phlébite et recommander également une cure hydrominérale à Bagnoles-de-l'Orne, à Luxeuil, à Salies-de-Béarn, etc...

CONCLUSIONS

1° — Dans le groupe des affections veineuses survenant au cours de la goutte et du rhumatisme, on peut distinguer deux catégories de phlébites nettement spécifiques : la phlébite goutteuse et la phlébite du rhumatisme articulaire aigu. En ce qui concerne les phlébites du rhumatisme chronique, la grande majorité d'entre elles doit être constituée par des infections veineuses non spécifiques. La distinction de phlébites et de phléboses, quelque séduisante qu'elle soit ne paraît pouvoir être démontrée aujourd'hui.

2° — La phlébite goutteuse se caractérise par un aspect clinique assez particulier où dominent une survenue brusque, une grande tendance à la récurrence, une fréquence relativement grande des embolies, la coloration rouge de la peau et une douleur vive à exacerbation nocturne. Il est actuellement impossible de faire le diagnostic de phlébite goutteuse chez un sujet qui n'a eu jusqu'alors aucune autre manifestation du même ordre.

3° — La phlébite du rhumatisme articulaire aigu est, par contre, une localisation extrêmement bénigne de cette maladie, ne s'accompagne jamais de phlébite vraie et se borne à l'atteinte de l'adventice.

4° — Dans le rhumatisme chronique (comme du reste dans la goutte), on voit souvent survenir des phlébites infectieuses, pouvant présenter l'aspect d'une septicémie veineuse subaiguë ou d'une simple périphlébite variqueuse. Pour certains auteurs, ces phlébites seraient dues à des migrations microbiennes d'origine intestinale.

5° — Nous ne savons actuellement à peu près rien de la pathogénie des phlébites non infectieuses ; il est rationnel d'admettre qu'elles sont dues à une irritation de la paroi veineuse par des produits toxiques endogènes.

6° — Le traitement de ces phlébites doit comprendre d'une part une thérapeutique dirigée contre la phlébite et ses complications, d'autre part une thérapeutique causale, surtout importante à mettre en œuvre dans la goutte.

Vu : *Le Président,*
BEZANÇON.

Vu : *le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BLACHEZ. — J. de Méd. et Chir. prat. 1880, p. 7.
- BOUILLAUD. — Traité clinique du rhumatisme articulaire.
Paris, 1840.
- DUCASTEL. — Contribution à l'étude de la phlébite goutteuse. Th. Paris, 1904.
- EMPIS. — Leçon clinique. Gaz. des Hôp. 1868.
- HALBRON. — Les embolies pulmonaires au cours des phlébites latentes. Sem. Hôp. Paris 1930, p. 6.
- HUGEL et DELATER. — Les localisations veineuses du rhumatisme. Concours Méd. 24 avril 1932.
- INGEBRANS. — Phlébite goutteuse ou phlébite chez les goutteux. Echo de Méd. Nord, 1908, p. 557.
- LANCEREAUX. — Atlas d'Anatomie pathologique. Paris, 1871.
- LANCEREAUX. — La phlébite rhumatismale ou goutteuse.
J. de Méd. interne, 1899, p. 491.
- LANNOIS. — Sur un cas de phlébite rhumatismale. Rev. de Méd. 10 juin 1881.
- LE GENDRE. — Histoire d'un cas de phlébite goutteuse de la région scrotale. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1898, p. 396.

- LELONG. — L'artérite et la phlébite rhumatismale. Th. Paris, 1869.
- MOURIQUAND et BLANC-PERDUCET. — La goutte *in* Traité de Sergent; Paris 1922, t. 23, p. 379.
- PAGET. — Clinical Lectures et Essays. London, 1866.
- PARA. — Phlébite goutteuse avec embolie pulmonaire. France médicale, 1891, p. 50.
- PEACOCK. — Practical hints on the treatment of several diseases. London, 1834.
- RENOUARD. — De la phlébite rhumatismale et goutteuse. Revue Méd. Paris, 1848.
- SCHMITT. — De la phlébite rhumatismale. Th. Paris, 1884.
- TUCKWELL. — St. Barthol. Hosp. Rev. 1874, p. 35.
- VAQUEZ. — Clinique Médicale de la Charité. Paris, 1894.
- VAQUEZ. — Les Phlébites. La Sc. Méd. Prat. 1928, p. 223.
- VICCAJI. — Phlébites rhumatismales et goutteuses. Th. Paris, 1880.

